Wrzód okrągły pochwy (wrzód żrący Clarka) u osoby żyjącej spostrzegany.

Opisał
Dr. Włodzimierz Skowroński,
prymaryusz szpitala powszechnego w Tarnowie.

Wrzód żrący macicy i pochwy, *ulcus corrodens, phagedaenicum uteri et vaginae,* jest cierpieniem bardzo rzadkiem, występuje pojedynkiem na części pochwowej macicy, w jej szyjce, w pochwie albo też równocześnie tak na części pochwowej macicy, jakoteż i na pochwie. Pierwszym, który opisał wrzód żrący okrągły, był Karol M. Clarke (*observ. on the diseases of females*) w roku 1821.; powiada on, że są owrzodzenia na części pochwowej macicy, w jej szyjce, albo też na pochwie o brzegach zatokowatych, nieregularnych, dnie nierównem, zielonawoszarem, drążące powoli coraz to głębiej tak, że część pochwowa macicy, pochwa, mogą być z czasem zupełnie zniszczone; wrzód może wejść do pęcherza moczowego lub też do odbytnicy. Owrzodzenia te są nieraz przyczyną znacznych a nawet śmiertelnych krwotoków z naczyń nadżartych, jak to opisuje Klebs (*Handbuch* s. 884). Wrzód żrący widziano przeważnie u niewiast starszych, lecz są także znane z piśmiennictwa przypadki u osób młodych. Przebieg tego cierpienia jest bardzo podobny do raka macicy lub pochwy; to też niektórzy lekarze opisywali to cierpienie jako raka; dopiero szczegółowe badanie mikroskopowe

wykazało, że wrzód żrący Clarka jest cierpieniem samoistnem, niemającem żadnych znamion raka. Przyczynę powstawania tego rzadkiego cierpienia wyjaśniono dopiero w ostatnich czasach. Klebs porównywa wrzód żrący Clarka z wrzodem okrągłym żołądka i przypuszcza, że działanie żrące wydzieliny pochwowej obok udziału zapewne miejscowych zboczeń w krążeniu jest podobnie, jak w żołądku przyczyną wrzodu, o którym mowa.

Zahn (*Virchows Archiv* T. 95. str. 388.) oraz Browicz (*Przegląd lekarski* z roku 1888. Nr. 2.) tłómaczą przyczynę powstawania wrzodu żrącego miejscowym zanikiem naczyń krwionośnych. Zahn opisując okrągły wrzód żrący górnej części pochwy, pierwszy tłómaczy sposób powstawania wrzodu, po wykluczeniu wpływu urazu lub ucisku przez krążek maciczny, jako skutek zboczenia w odżywianiu; wykrył bowiem, że tętnica maciczna i odchodząca od niej tętnica pochwowa miały ściany znacznie grubsze, niż w stanie prawidłowym a światło do *minimum* zwężone, tętniczka zaś zdążająca w kierunku do wrzodu, była zupełnie zarosła.

Browicz robiąc sekcyę u kobiety 59-letniej zmarłej w skutek zapalenia płuc włóknikowego, znalazł rozległą miażdżycę układu tętniczego; po przecięciu macicy i pochwy wzdłuż tylnej ściany zobaczył na tylnej wardze po stronie prawej na najwyższym jej szczycie jedno ognisko okrągławe, w pochwie zaś kilka ognisk tego samego wejrzenia, ostro odgraniczonych, ku obwodowi barwy szarawej, w środku brunatno-czarnej.

Powierzchnia tych ognisk była gładka i położona w tym samym poziomie, co reszta wargi lub pochwy. Ogniska te nie przedstawiały żadnego ubytku, nie miały znamion właściwego wrzodu, były jakby okrojone i płytkim rowkiem od otoczenia oddzielone.

Ogniska te były wrzodami żrącymi Clarka na macicy i w pochwie. Badanie mikroskopowe wykazało, iż ogniska owe ściśle odgraniczonę są częściami nekrotycznemi tkanki. Budowa tkankowa w tych miejscach zupełnie zatarta, ku

brzegom tych ognisk staje się wyraźniejszą tak, iż tkanka nekrotyczna stopniowo przechodzi w tkankę zdrową, tworzącą sąsiedztwo, t. j. brzegi owych ognisk.

Pokład przybłonkowy prawidłowy ginie w sąsiedztwie, prawie przy brzegu ognisk nekrotycznych, które zupełnie pozbawione są warstwy przybłonkowej i przedstawiają powierzchnię pod mikroskopem nierówną, jakby nadżartą.

W tkance otaczającej ogniska nekrotyczne nie ma śladu żadnych zmian; tkanka przedstawia własności prawidłowe, właściwe części pochwowej lub pochwie. Naczynia w samych ogniskach nekrotycznych mają wejrzenie zamazane; natomiast w otoczeniu ogniska a mianowicie na dnie jego przedstawiają się ściany zgrubiałe a w wielu, mianowicie drobniejszych, wnętrze wypełnione tkanką komórkową, głównie z wrzecionowatych komórek złożoną, obraz typowy obliteracyi naczyń.

Przeglądając dostępną sobie literaturę ginekologiczną, nie znalazłem nigdzie opisanego przypadku wrzodu żrącego pochwy u osoby żyjącej. Wyżej wymienione przypadki opisane przez Browicza w *Przeglądzie lekarskim*, są to zmiany pośmiertne, przeważnie przypadkowo przy sekcyi znalezione; dlatego też poczytuję sobie za obowiązek podać do wiadomości Szanownych Czytelników przypadek, który obserwowałem w Lipcu r. z., który z przypadów rozpoznałem jako raka przybłonkowego pierwotnego pochwy na przedniej ścianie. Badanie mikroskopowe w pracowni prof. Marsa, któremu posłałem wycięty wrzód, wykazało, że w niniejszym przypadku był rzeczywiście wrzód okrągły, żrący pochwy.

W Lipcu 1893. zgłosiła się do szpitala powszechnego w Tarnowie N. N., lat 37. mająca, mężatka, podając, że pochodzi z rodziców zdrowych, matka jej umarła na udar mózgowy a ojciec w roku 1873. na cholerę, oboje w średnim wieku.

Chorób dziedzicznych w rodzinie nie ma. Pacyentka w 15-tym roku życia dostała regularności, która dotychczas przychodzi w odpowiednim czasie i trwa 3—4 dni; w 17-tym roku poszła za mąż i odbyła dwa prawidłowe porody. Mąż jest zupełnie zdrowy, nie przebywał ani kiły ani też wie-

wióra. W jesieni 1892. zauważyła, że ma większe niż przedtem białe upławy, na które jednak nie zwracała uwagi; w Kwietniu zaś 1893. poczuła ból przy oddawaniu moczu, z którym bardzo często musiała wychodzić. Czuła już wyraźnie parcie ku dołowi, szczypanie i swędzenie bolesne dołem, znacznie przy chodzeniu się wzmagające.

Starała się przeto jak najczyściej teraz utrzymywać, lecz to już nic jej nie pomagało; przeciwnie zwiększające się i występujące coraz częściej bóle, stały się dla niej nieznośnemi, przechodzą w pęcherz i są przyczyną częstego parcia na mocz. Z domu wychodzić nie może, gdyż bóle i znaczne parcie ku dołowi na to jej nie zezwalają.

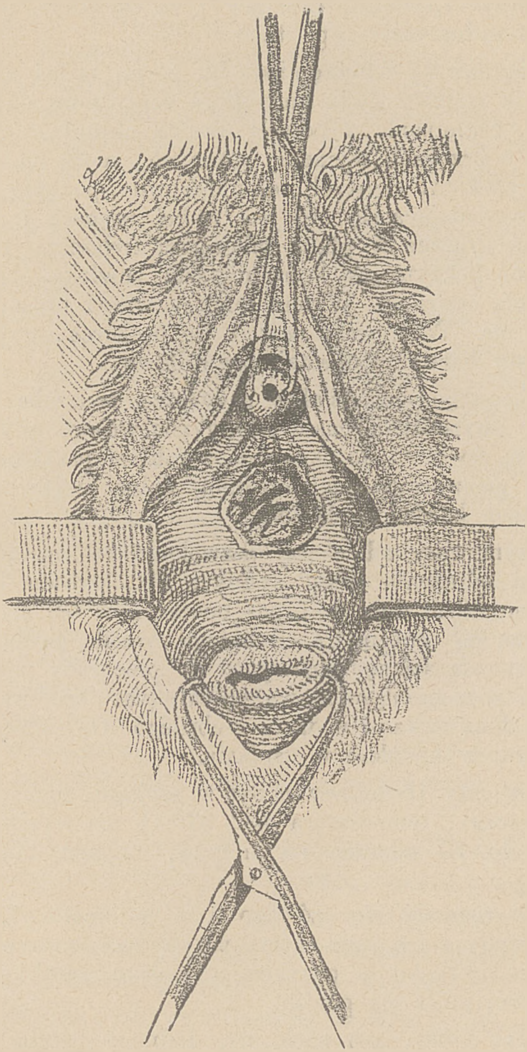
Badanie przedmiotowe wykazuje: Wejrzenie niewiasty zupełnie odpowiednie wiekowi, odżywienie mierne, cera twarzy blada, równie jak i błona śluzowa warg i jamy ust jest blada, niedokrewna; tkanki tłuszczowej niewiele, skóra daje się ująć łatwo we fałd, mięśnie wiotkie, klatka piersiowa wąska, długa, jednak dobrze wysklepiona, dołki podobojczykowe wypełnione, oddech przeponowo-obojczykowy, regularny, głos jasny, dźwięczny, w szczytach płuc opukiwanie nie wykazuje żadnego stłumienia, wymiary serca prawidłowe, szmer nad końcem serca przy skurczu jak u niedokrewnych, wdech i wydech prawidłowe.

Badanie jamy brzusznej wykazuje małego stopnia rozstrzeń żołądka; wątroba i śledziona prawidłowe, kiszka okrężna poprzeczna i zstępująca wypełnione kałem; chora od pierwszej młodości cierpi na zaparcie stolca a za najmniejszem parciem na stolec wychodzi zupełnie kiszka stolcowa (*prolapsus ani completus*). Ponad spojeniem kości łonowych macica niewyczuwalna, okolice obydwóch jajników niebolesne, gruczoły pachwinowe niepowiększone. Krążka macicznego chora nie używała.

Palec wprowadzony do pochwy czuje doskonale, że cebulka moczowa jest nieco obrzmiała, zbitsza, za dotknięciem bolesna, a posunięty dalej ku górze, wchodzi końcem na przedniej ścianie pochwy w mały dołeczek okrągławy wielkości pół centa i czuje na dnie powłokę ślizką, galaretowatą.

Pacyentka przy badaniu dołeczka uskarża się na znaczny ból i to większy, niż przy dotykaniu się cebulki moczowej; zresztą palec okrążając całą pochwę dokoła, nie wyczuwa już nigdzie bolesnych dołeczków i wykazuje tylko, że błona śluzowa pochwy jest wiotka i rozpulchniona, macica mała, ku przodowi pochylona, część pochwowa macicy krótka

a wargi maciczne tworzą szparę poprzeczną jak u niewiasty, która rodziła.



Rozchyliwszy wargi sromne, widać, że ich błona śluzowa blada, pokryta śluzem a cebulka moczowa, w samej rzeczy obrzmiała, sterczy więcej ku przodowi; osobliwie

dolna jej część tworzy razem z dolną, przednią częścią ściany pochwy fałd obrzmiały (*carina vaginae* Kohlrauscha, *tuberculum vaginae* Luschki), twardawy; za uciskiem cewki nie występuje żadna ciecz ropiasta.

Pociągnąwszy cebulkę nieco ku górze, widać na przedniej ścianie pochwy może na półtora centymetra od cebulki moczowej, zagłębienie w postaci wrzodu okrągłego wielkości pół centa o brzegach wyraźnie stromych, może na dwa milimetry wysokich, czystych, dno nierówne, pokryte ziarniną wiotką, rozpadającą się, to jest widać większe i mniejsze zagłębienia drążące w głąb; miejscami zwłaszcza ku lewej stronie, dno pokryte jest szaro ropiastą powłoką, dającą się z trudnością oddzielić. W tem miejscu wrzód broczy za dotknięciem się. Włożywszy cewnik do pęcherza, wypuściłem mocz czysty barwy słomiastej, prawidłowy.

Wobec tego powiedziałem pacyentce, że trzeba koniecznie wyjąć owrzodziałą część ściany pochwowej, gdyż przypuszczałem, że mam do czynienia z rakiem przybłonkowym okrągłym pierwotnym na przedniej, dolnej części pochwy, z cierpieniem bardzo rzadkiem.

Otrzymawszy od chorej zezwolenie na operacyą, po dokładnem odrażeniu części rodnych $3^0/_0$ kwasem karbolowym, wykonałem dnia 8. Lipca operacyą w ten sposób, że zrobiłem na $^3/_4$ centymetra od brzegu wrzodu cięcie koliste, przecinając całą ścianę pochwy aż do przegrody pochwowo-cewkowej, poczem odpreparowałem cały płat okrojony a ranę zespoiłem 3-ma szwami z drutu srebrnego. Operacyę na żądanie chorej wykonałem w uśpieniu.

Przez cały 16-dniowy pobyt w szpitalu pacyentka nie miała gorączki, temperatura nad 37^0 C. nie wyszła, tętno spokojne do 70 uderzeń na minutę, nigdzie żadnej bolesności.

Szwy rozeszły się szóstego dnia po operacyi, brzegi rany rozstąpiły się a rana czysta posypywana co trzeci dzień miałkim jodoformem a pokrywana małym zwitkiem gazy jodoformowej goiła się powoli.

Apetyt dobry, sen spokojny, żadnego parcia ku dołowi ani też na mocz a objawy te, na które chora żaliła się przedtem, ustąpiły po operacyi.

2. Sierpnia rana była zupełnie zagojona, o czem naocznie sam się przekonałem.

Z końcem Lutego 1894., zatem po siedmiu miesiącach badałem ponownie pacyentkę szczegółowo. Dotychczas jest niedokrewną, tym razem mocno osłabiona; cierpi często na połowiczy ból głowy po stronie lewej. Badanie wewnętrzne wykazuje, że cebulka moczowa jest znacznie mniejsza, niezbita, niebolesna a w miejscu, gdzie był wrzód, czuć dobrze bliznę wielkości centa, w koło niej zaś zdrową błonę śluzową, nieznacznie rozpulchnioną. Upławy białe mniejsze, pacyentka bowiem robi co dzień wstrzykiwania rozcieńczonym kwasem dębiankowym.

Parcie ku dołowi [1]), bolesność [2]), samo wejrzenie wrzodu skłaniały mnie do rozpoznania, że mam przed sobą raka przybłonkowego pochwy.

Z pewnością, gdyby dokuczliwe parcie ku dołowi, bolesność cebulki moczowej przy chodzeniu i częste oddawanie moczu, nie znagliły pacyentki do szukania porady lekarskiej, wrzód dostałby się do cewki moczowej i więcej by się rozszerzył w obwodzie po pochwie.

Oglądając pod mikroskopem skrawki zrobione w pracowni prof. Dra Marsa, widzieć można dokładnie, że warstwa przybłonka pokrywającego błonę śluzową pochwy przy samym brzegu wrzodu okazuje nagłą przerwę; błonę śluzową już rozpoznać trudno, gdyż rozpada się, im dalej od brzegu ku środkowi wrzodu. Powierzchnia jest nierówna jakby poszczerbana, budowy błony śluzowej już rozpoznać nie można; miejscami błona podśluzowa jeszcze zachowana, naczynia krwionośne niewyraźne, przy brzegu wrzodu widać dobrze zgrubiałe ściany naczyń, wnętrze zaś wypełnione komórkami wrzecionowatemi, mięśnie pochwy przedstawiają się wyraźnie, naczynia zaś w nich mają ściany nieco zgrubiałe, lecz są drożne.

Zastanawiając się uważnie nad przypadkiem Browicza, uwzględniając zarazem swój przypadek, możemy przyjść do przekonania, że wrzód na przedniej wardze macicy jakoteż wrzody na pochwie, wszystko to wystąpiło prawie równocześnie; są to świeżo powstałe wrzody bez rozpadu a wrzód przedstawiony na rysunku wskazuje, że wrzody żrące Clarka

---

[1]) Schröder: Wykład chorób kobiecych. Tłom. polskie. Warszawa 1876. str. 449.

[2]) West: Frauenkrankheiten str. 745.

nietylko niszczą tkanki drążąc wgłąb, lecz także i w obwodzie rozszerzając się, zlewają się razem.

Przypadek też Browicza dla nas jest wskazówką, jak ostrożnym trzeba być z rozpoznaniem a przedewszystkiem z rokowaniem w przypadkach zaniedbanych.

Co się tyczy samego rozpoznania, to mikroskop rozstrzyga a tem samem usuwa wszelką wątpliwość.

Obraz mikroskopowy mojego przypadku u osoby żyjącej obserwowanego, zgadza się zupełnie z obrazem mikroskopowym opisanym przez Browicza.

Leczenie wrzodu żrącego zrazu wydawałoby się teoretycznie łatwem, bo polegałoby na zamianie wrzodu żrącego we wrzód czysty, dobrze się gojący, za pomocą czy to środków leczniczych czy rękoczynu, n. p. przez wyskrobanie wrzodu ostrą łyżeczką a następnie wypalenie przyrządem Paquelina, albo też wyjęcie dostępnego kawałka ściany pochwy lub też amputacyą część wargi macicznej, zajętej wrzodem. Z doświadczenia jednakże wie każdy lekarz, że wrzód żrący nieraz mimo energicznych środków i zabiegów leczniczych nie da się rychło opanować; dlatego mniemam, że leczenie wrzodu żrącego Clarka w przypadkach zaniedbanych będzie trudne i niewdzięczne.

Z jednego przypadku obserwowanego za życia trudno wydawać sąd o rokowaniu; mniemam wszakże, że należy zapatrywać się na wrzód żrący Clarka jako na cierpienie poważne, co do rokowania niepewne, mogące powrócić; trzeba mieć zawsze w pamięci badanie Zahna i Browicza, którzy wskazują, że przyczyna tego rzadkiego cierpienia tkwi w zaniku naczyń; chociaż przeto usuniemy cierpienie, jest rzeczą możliwą, że po niejakim czasie wystąpi jeden lub kilka wrzodów żrących na części pochwowej macicy lub na ścianie pochwy i przez szybki swój rozpad wytworzy przetoki do pęcherza, do kiszki stolcowej a nawet może sprowadzić śmiertelny krwotok maciczny, o jakim wspomina Klebs (*Handbuch* str. 884).

Wypada zatem lekarzowi koniecznie zwrócić uwagę pacyentki, że po wyleczeniu może powrócić cierpienie i to w czasie nieograniczonym, że powinna od czasu do czasu dać się badać, czy nie ma na nowo wrzodu, aby go w samym początku usunąć, zanim sprawi rozległe spustoszenia w pochwie lub na macicy.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" Nr. 37.

Kraków, 1894 — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.